

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ana Paula Ferreira Maciel

Gestão do cuidado de pacientes hipertensos:  
uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular

Montes Claros

2017

Ana Paula Ferreira Maciel

Gestão do cuidado de pacientes hipertensos:  
uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Avaliação de programas e serviços de saúde

Orientador: Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros

2017

M152g Maciel, Ana Paula Ferreira.  
Gestão do cuidado de pacientes hipertensos [manuscrito] : uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular / Ana Paula Ferreira Maciel. – 2017.  
71 f. : il.

Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2017.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Hipertensão. 2. Assistência à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistemas de saúde. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular.

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Reitor(a): Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor(a): Professor Antonio Alvimar Souza

Pró-reitor(a) de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres C. L. de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Afrânio Farias de Melo

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Nome do Pró-reitor de Pós-graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu:

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Idenilson Meireles Barbosa

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenador(a): Marise Fagundes Silveira



MESTRANDA: ANA PAULA FERREIRA MACIEL

TÍTULO DO TRABALHO: "Gestão do cuidado de pacientes hipertensos: uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços.

**BANCA (TITULARES)**

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA ORIENTADOR/PRESIDENTE

PROF. DR. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA

PROF. DR. FERNANDA MARQUES DA COSTA

**ASSINATURAS**

*Antônio Prates Caldeira*  
*Carla S. D. Oliveira*  
*Fernanda Marques da Costa*

**BANCA (SUPLENTES)**

PROF. DR. ORLENE VELOSO DIAS

PROF. DR. MARISE FAGUNDES SILVEIRA

**ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APROVADA

REPROVADA

A Deus e Nossa Senhora que permitiram que este sonho se realizasse.

Aos meus filhos pela compreensão nas minhas ausências e amor incondicional. Vocês são a razão de tudo para mim!

À minha mãe (*in memoriam*) pelo amor e dedicação para que eu pudesse chegar até aqui.

A meu pai pelo apoio na minha caminhada educacional.

À minha irmã pelo companheirismo e ajuda com os meus filhos nos meus momentos de ausência.

À minha família, por ser minha base de sustentação. Irmão e sobrinhos que sempre estiveram ao meu lado, pelo apoio e momentos de convivência sempre agradáveis.

Ao meu esposo pelo amor e incentivo.

Ao meu orientador, Prof. Antônio Prates Caldeira, pelos valiosos ensinamentos e paciência.

Aos colegas do mestrado e doutorado pela convivência agradável e companheirismo.

Aos amigos do HUCF, especialmente do SCIH e da Coordenação de Enfermagem.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais-FAPEMIG, pela bolsa de mestrado.

À gestão do Município de Pirapora na pessoa do enfermeiro Leandro Bandeira.

Aos participantes da pesquisa, pacientes e profissionais de saúde, pela colaboração.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram.

## RESUMO

As condições crônicas de saúde representam um grande desafio aos serviços de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, um sistema de saúde incapaz de gerenciar com eficácia as condições crônicas de saúde irá se tornar obsoleto em pouco tempo. Nesse sentido, o desenvolvimento de modelos de gestão que tenham foco em uma atenção diferenciada para as doenças crônicas representa um importante compromisso para a academia e para as instituições de pesquisa. Teve-se por objetivo geral desenvolver, implantar e avaliar uma intervenção de educação em saúde para profissionais de saúde a fim de servir como um modelo de gestão do cuidado de pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica (HAS), visando criar conhecimento, tecnologias e práticas que contribuam para a melhoria da qualidade e dos resultados dos cuidados desta condição crônica, no Sistema Público de Saúde de Minas Gerais. Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, prospectivo, de intervenção que foi realizado no município de Pirapora, norte de Minas Gerais com uma amostra probabilística de pacientes que vivem com a HAS. O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira, para fins de diagnóstico inicial para levantar informações sobre as variáveis de desfecho, a amostragem foi probabilística e nesta avaliação inicial participaram do estudo 720 pessoas. Na segunda etapa foi feita intervenção, com atividades de educação em saúde para profissionais de duas equipes de saúde da família (ESF). Após a intervenção foi feita reabordagem de 102 pacientes cadastrados nas equipes de saúde que passaram pela intervenção (casos) e outros 102 pacientes cadastrados em ESF que não passaram pela intervenção (controles) a fim de avaliar mudanças nos hábitos de vida dos pacientes. Houve mudança estatisticamente significativa na adesão medicamentosa ( $p=0,003$ ), com melhor adesão no grupo que passou pela intervenção. Conclui-se que a intervenção proposta foi eficaz no sentido de promover maior adesão medicamentosa para os pacientes assistidos pelas equipes capacitadas. Entretanto, não foram registradas diferenças em relação aos hábitos de vida prejudiciais aos hipertensos e que podem impactar sobre o risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Saúde.

## ABSTRACT

Chronic health conditions present a major challenge to health services. For the World Health Organization, a health system that is unable to effectively manage chronic health conditions will become obsolete in a short time. In this sense, the development of management models that focus on differentiated attention to chronic diseases represents an important commitment for academia and for research institutions. The general goal was to develop, implement and evaluate a health education intervention for health professionals in order to serve as a management model for the care of people living with systemic arterial hypertension (SAH) in order to create knowledge, technologies and Practices that contribute to the improvement of the quality and results of the care of this chronic condition in the Public Health System of Minas Gerais. This is a quantitative, prospective, interventional study that was carried out in the city of Pirapora, northern Minas Gerais, Brazil, with a probabilistic sample of patients living with SAH. The study was divided into two stages. In the first one, for initial diagnostic purposes to gather information on outcome variables, sampling was probabilistic and in this initial evaluation 720 people participated in the study. In the second stage, interventions were made with health education activities for professionals from two family health teams (FHS). After the intervention, 102 patients were enrolled in the health teams that went through the intervention (cases) and another 102 patients enrolled in FHS who did not undergo the intervention (controls) in order to evaluate changes in patients' life habits. There was a statistically significant change in drug adherence ( $p = 0.003$ ), with better adherence in the intervention group. It was concluded that the proposed intervention was effective in order to promote greater adherence to medication for the patients assisted by the trained teams. However, no differences were recorded in relation to the life habits harmful to the hypertensive ones and that can impact on the cardiovascular risk.

Key words: Hypertension. Health Care. Primary Health Care. Health Systems.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 METODOLOGIA.....	16
3.1 Estudo 1.....	16
3.2 Estudo 2.....	19
3.3 Aspectos Éticos.....	21
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	22
5 CONCLUSÕES.....	65
REFERÊNCIAS.....	66

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo e constituem-se em um grave problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas últimas décadas, as DCV foram responsáveis por 30% da mortalidade mundial, o que corresponde a 17 milhões de mortes (1). O Brasil, apresenta realidade epidemiológica semelhante, apresentando índice de mortes por DCV igualmente de 30% (2).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis associados às DCVs, muito embora tenha baixas taxas de controle, sendo considerado, portanto, um dos mais importantes problemas de saúde pública (3,4). Trata-se de uma condição clínica causada por múltiplos fatores, caracterizada pelos níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Está associada a alterações metabólicas e de função e/ou estrutura de órgãos-alvo, tendo como consequência o aumento do risco de eventos cardiovasculares (2). A HAS está presente em 69% dos pacientes com um primeiro infarto do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica e em 60% dos pacientes com doença arterial periférica (3).

A incidência de HAS tem aumentado, segundo dados obtidos em pesquisas populacionais realizados no Brasil, sendo que seu valor varia entre 22,3% e 43,9%, para a população geral e chegando a atingir 75% de prevalência em pessoas acima de 70 anos de idade, sendo que a projeção mundial para 2025 é de 1,56 bilhões de hipertensos (5-7).

Estudos epidemiológicos no Estado de Minas Gerais apontam para uma prevalência de HAS que varia entre 23,3% a 47% (8,9). Diante da elevada prevalência e de sua relevância, estudos globais e nacionais reafirmam que medidas preventivas, de detecção precoce, tratamento e controle da HAS e de outras doenças cardiovasculares devem ter alta prioridade nos serviços de saúde. No Brasil, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maior proporção de óbitos nas últimas décadas, e configuraram-se como a principal causa de morte a partir dos 40 anos de idade (5,10).

Dados apontam que, quando não tratada, a HAS reduz a expectativa de vida em aproximadamente cinco anos. Dados recentes da população americana indicam que 28% dos hipertensos desconhecem seu problema, 39% não estão recebendo terapia e 65% não tem seus níveis pressóricos controlados, em níveis abaixo de 140/90 mmHg (11). Mesmo quando o paciente tem acesso regular ao sistema de saúde e tem disponíveis medicamentos para uso regular o controle dos níveis pressóricos é ainda inadequado (12).

A adequada abordagem do paciente hipertenso deve avaliar as características de cada indivíduo, levando em conta não somente os níveis pressóricos, como também as implicações da doença e seu tratamento na qualidade de vida de cada indivíduo. Estas orientações são baseadas no fato que somente uma pequena fração da população hipertensa tem apenas níveis pressóricos elevados, sendo que a grande maioria exibe fatores de risco adicionais, como a dislipidemia, o tabagismo, o diabetes, etc (3). O agrupamento de fatores de risco cardiovascular no hipertenso é muito frequente, sendo que 80% destes pacientes têm uma ou mais condições associadas (3,13, 14). Na combinação de HAS com estes fatores, o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares é maior do que a soma simples dos fatores individuais, ou seja, há um efeito de sinergia entre os fatores de risco (3, 13).

Com o aumento da expectativa de vida é importante que os indivíduos mantenham a autonomia, a saúde e a qualidade de vida, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares (15). Além disso, com a longevidade dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a Qualidade de Vida (QV) passou a ser mais valorizada (16).

A QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação existencial, pressupondo uma síntese cultural dos elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar (17). Para a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é "a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (18).

A QV pode servir como indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, pode ainda avaliar o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento acerca do paciente e de sua

adaptação à condição de estar doente (19). Em pessoas que vivem com doenças crônicas, a QV tem sido considerada importante indicador de impacto de determinados tratamentos (20).

Em relação ao tratamento, diversas alternativas são recomendadas para tratamento da HAS, incluindo a terapia comportamental com a mudança de estilo de vida e o tratamento medicamentoso. A literatura descreve os efeitos da adoção de estilo de vida saudável, onde dieta, prática de exercício físico, terapias de relaxamento e redução do sódio e álcool foram associadas à redução significativa dos níveis pressóricos. Registra-se que dieta e atividade física associados podem reduzir de 2 a 9 mmHg nos níveis da PA de pacientes hipertensos, mas o efeito dessas intervenções depende, contudo, da capacidade que a pessoa tem em aderir ao tratamento (21).

Diversos termos são utilizados para ilustrar o grau em que o comportamento dos pacientes corresponde às orientações médicas. Entre eles, os comumente utilizados são *compliance* (complacência, observância) e *adherence* (adesão). O primeiro termo pode ser entendido como nível de obediência do paciente às recomendações prescritas. Embora de uso corrente na literatura médica o termo *compliance* (complacência) ganhou uma conotação reducionista e vertical à relação médico-paciente comum no cotidiano dos serviços de saúde, na qual o indivíduo não possui autonomia sobre os cuidados em saúde que estão sendo ofertados, cabendo a ele apenas obedecê-las. Na tentativa de superar tal conceito e enfatizar o papel ativo de corresponsabilidade do indivíduo frente ao esquema terapêutico, foi proposto o termo *adherence*, definido como quanto o comportamento do paciente corresponde às recomendações acordadas com o prescritor ou com outros profissionais de saúde (22, 23).

Para o tratamento medicamentoso, uma meta-análise que avaliou o efeito da terapia anti-hipertensiva na prevenção de eventos cardiovasculares concluiu que houve um decréscimo de 22% (IC 95%: 17% a 27%) no risco de infarto agudo do miocárdio fatal e não fatal e decréscimo de 41% (IC 95%: 33% a 48%) no risco de acidente vascular cerebral, quando padronizados para um decréscimo de 10 mmHg na pressão sistólica e 5 mmHg na diastólica (24).

Um estudo longitudinal avaliou o padrão de adesão aos anti-hipertensivos e concluiu que ao final de um ano metade dos pacientes havia abandonado o tratamento prescrito e que

pacientes com melhor execução do regime terapêutico foram associados a melhor persistência do tratamento (25).

A dificuldade em aderir ao tratamento está ligada na forma de como o paciente consegue lidar com esta situação na maneira de como foi orientado, não consegue mudar seu estilo de vida suas rotinas diárias, a forma como a família pode influenciar e adaptar a novas mudanças, a dose e horário correto de ingerir as drogas prescritas, a falta de apoio e iniciativa faz com que o paciente abandone o tratamento (26).

A assistência e o cuidado às pessoas que vivem com a hipertensão arterial requer por parte da equipe de saúde atenção especial no tocante à problemática do controle, que por sua vez, apresenta estreita relação com o processo de adesão ao tratamento e portanto, gestão do cuidado da condição crônica. Desta forma, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem estar devidamente orientados sobre as especificidades da doença e tratamentos para que se obtenham melhor controle da doença (27).

Assim, entende-se a prevenção como pilar fundamental para a diminuição dos casos de HAS, a qual deve ser priorizada a indivíduos que apresentam maiores fatores de risco para desenvolver outras doenças bem como os que não aderem ao tratamento (28).

É preciso que a atenção primária se recicle e inove, envolvendo todas as partes na busca por uma assistência qualificada e melhor abordagem e cuidado ao cliente, tornando fundamental que a prática clínica assuma uma dimensão dialógica, interativa e cuidadora. É nesse âmbito que os serviços de saúde têm destacado como estratégia de trabalho a educação em saúde, que é um processo dinâmico que propõe a reflexão crítica de indivíduos ou comunidade sobre seus problemas de saúde, a fim de se constituírem como sujeitos ativos, ou seja, desenvolverem sua capacidade de serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença (29, 30).

A educação em saúde tem sido vista como uma ação estratégica, pois trabalhar em grupo implica a existência de vínculos entre os membros, comunicação, objetivo comum, relações de interdependência e existência de afetos entre os participantes (31). Deve possibilitar aos envolvidos no processo o conhecimento dos limites e possibilidades de cada um, especialmente em se tratando de educação em saúde em portadores de doença crônica.

Portanto, identificar quais são as dificuldades daqueles que desenvolvem educação em saúde, seja individualmente ou em grupo, é essencial (32).

A educação em saúde tem mostrado resultados satisfatórios na proteção e promoção à saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, reduzindo complicações cardiovasculares por meio de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e redução de gastos. Por intermédios de programas de educação em saúde, os profissionais poderão promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, risco e complicações visando a mudança no estilo de vida e maior adesão a terapia anti-hipertensiva (33).

Em todo o mundo se registra um vertiginoso aumento das condições crônicas de saúde. Essas condições representam o principal foco da atenção dos serviços de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, em muitos lugares do mundo, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Além disso, muitas vezes, esses serviços estão desarticulados de outros níveis de atenção que poderiam integrar os cuidados de saúde, com benefícios para o paciente. Para a OMS, um sistema de saúde incapaz de gerenciar com eficácia as condições crônicas de saúde irá se tornar obsoleto em pouco tempo (34).

A articulação entre os diversos serviços dos níveis de atenção apresenta-se como desafio, pois influencia na qualidade dos serviços prestados, na não duplicação de ações e no retrabalho, na melhor utilização dos recursos financeiros (35).

Uma grande revisão sistemática envolvendo intervenções para o controle da HAS realizada pela Cochrane em 2010 avaliou 72 ensaios clínicos randomizados e concluiu que o efeito de intervenções educativas envolvendo profissionais e pacientes não produziram modificações significativas na pressão arterial quando utilizadas isoladamente. Os melhores resultados foram encontrados quando houveram modificações na organização dos serviços aliada a otimização do tratamento medicamentoso, com redução média de 8 mmHg (IC 95%: 8,8 a 7,2 mmHg) (36).

Uma experiência exitosa da rede construída em Minas com ênfase nos Centros Hiperdia foi recentemente publicada pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS (37). Entretanto, a rede ainda não conta com um processo assistencial efetivo que assegure bons resultados para

todos os pontos assistenciais. Estudo destaca a dificuldade dos profissionais da atenção primária em trabalharem com linhas diretivas (38).

Dessa forma, o controle da PA bem como a gestão do cuidado da HAS e dos agravos cardiovasculares continua sendo um desafio. Assim, estudos que abordem a mudança do processo de cuidado e gestão das condições clínicas não transmissíveis como os agravos cardiovasculares são emergentes. Inúmeras são as evidências sobre a efetividade do tratamento anti-hipertensivo na redução da pressão arterial e do risco de eventos cardiovasculares, quando utilizados adequadamente, contudo a epidemiologia evidencia um quadro ainda alarmante deste tipo de agravo.

Por tudo isto, destaca-se a importância de estudos que busquem por estratégias de melhor gestão do cuidado dos agravos cardiovasculares justificando a realização desta dissertação, já que até o momento existe pouca evidência clara de como o cuidado das pessoas que vivem com a hipertensão deva ser organizado. Para tanto, este estudo teve por objetivo avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde com a proposta de gestão do cuidado de pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica cadastrados em equipes de saúde da família de um município de médio porte localizado no Norte de Minas Gerais.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde com a proposta de gestão do cuidado de pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica cadastrados em equipes de saúde da família em um município de médio porte localizado no Norte de Minas Gerais.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população hipertensa assistida pelas equipes da atenção primária;
- Avaliar indicadores assistenciais e de cuidado, antes e após intervenção educativa para equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Avaliar a correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas;
- Descrever e analisar a prevalência de comportamentos e fatores de risco para doenças cardiovasculares na população estudada;



### 3 METODOLOGIA

Para fins didáticos e de melhor compreensão para o leitor, a metodologia do estudo será apresentada a seguir como dois estudos distintos.

#### 3.1 Estudo 1

##### 3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, transversal, quantitativo, descritivo e analítico.

##### 3.1.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado na região norte de Minas Gerais, na cidade de Pirapora. O município apresenta população de, aproximadamente, 54 mil pessoas, possui cobertura de 100% para a Estratégia Saúde da Família e possui um centro de referência à atenção secundária das pessoas que vivem com a hipertensão arterial sistêmica – HIPERDIA Minas. A região se caracteriza por indicadores sociais e econômicos que denotam significativa vulnerabilidade social da população.

##### 3.1.3 Procedimentos

Para fins de diagnóstico inicial para levantar informações sobre as variáveis de desfecho, foi feita a seleção amostral de forma probabilística, a partir de números aleatórios, por conglomerados, com alocação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcional ao número de indivíduos hipertensos cadastrados. O registro dos

hipertensos foi obtido a partir do prontuário físico do paciente e ficha de cadastro no Programa Hipertensão. O número total de hipertensos para esta etapa foi definido considerando uma prevalência de 25% para uma população estimada de 30 mil pessoas adultas assistidas pela ESF, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*d<sub>eff</sub>*) igual a 2 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pessoas para o estudo na primeira etapa definido pelo cálculo amostral foi de 687 pessoas.

Foram considerados elegíveis para o estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos acamados, hospitalizados ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por inabilidade cognitiva.

#### 3.1.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipe de profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos), especialmente treinada, com uso de um instrumento previamente validado. Foram identificadas variáveis sócio-demográficas e avaliação das condições de saúde, além dos instrumentos específicos já validados para avaliação de pessoas que vivem com a hipertensão arterial sistêmica.

Para a avaliação da adesão medicamentosa foi utilizada a escala de adesão medicamentosa de Morisky, Green e Levine, versão adaptada para a cultura brasileira. A escala contém quatro questões relativas aos fatores da não adesão. Foi desenvolvida para pacientes com HAS e posteriormente indicada para utilização na identificação de fatores da não adesão de qualquer classe de medicamentos. As quatro questões estão relacionadas à: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento por perceber melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico (39). A classificação é definida como alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. O paciente é classificado no grupo de média adesão quando uma a duas respostas são afirmativas e, se três ou quatro respostas são afirmativas, a classificação é de baixa adesão (39).

A coleta de dados ocorreu nas UBS às quais as pessoas estavam vinculadas ou no próprio domicílio, com uso de equipamentos –balança (marca Omrom), estadiômetros e aparelho de pressão (marca Omron)- já certificados em pesquisas similares.

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado instrumento validado específico para pessoas que vivem com a HAS, o Minichal Brasil. Trata-se de questionário composto por 17 itens e dois domínios (Manifestações Somáticas e Estado Mental). As respostas são distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert, com quatro opções de respostas, de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, melhor a Qualidade de Vida (19, 40-41).

### 3.1.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 18.0 (*SPSS for Windows, Chicago, EUA*), de forma descritiva e analítica. A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise descritiva, foram elencadas as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

O coeficiente de correlação de *Spearman (Rho)* foi empregado para verificar a relação entre a adesão medicamentosa e a qualidade de vida. Coeficientes de correlação menores de 0,30 foram considerados de fraca magnitude, entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude e maiores de 0,50, de forte magnitude.

Para descrever os fatores associados ao controle da pressão arterial, foi aplicado o teste qui-quadrado para avaliação de relação entre as variáveis e posterior análise bivariada.

## 3.2 Estudo 2

### 3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, experimental, controlado, considerando as equipes da Estratégia Saúde da Família, como unidades de intervenção.

### 3.2.2 Cenário da pesquisa

Foram selecionadas duas equipes para receberem a intervenção, seguindo indicação da gestão de saúde municipal, por entenderem que tais equipes possuíam profissionais de saúde de melhor acessibilidade e aceitabilidade a novas propostas. Outras duas equipes de saúde da família do mesmo município em questão foram selecionadas aleatoriamente e tomadas como controle para fins de comparabilidade.

### 3.2.3 Procedimentos

Nessa fase foram realizadas atividades de intervenção educacional com profissionais das duas equipes Saúde da Família selecionadas para passarem pela intervenção, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Na etapa da intervenção, a proposta inicial era de desenvolvimento de competências. Buscou-se, por meio de encontros formais e informais com as equipes de saúde sensibilização para a gestão do cuidado com ênfase no Risco Cardiovascular. Neste sentido, foram delineados assuntos que pudessem contribuir com a formação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como motivá-los para importância do cuidado com o RCV e aplicação de um modelo de gestão do cuidado.

Foram realizadas cinco oficinas *in loco*, de duração aproximada de duas horas cada, com abordagem dos seguintes assuntos: 1. Apresentação da proposta, epidemiologia e noções sobre gestão do cuidado do risco cardiovascular. 2. Abordagem Motivacional e Avaliação do estágio de prontidão para mudança; 3. Classificação de risco, prevenção e abordagem às pessoas com risco cardiovascular; 4. Boas práticas dos profissionais de saúde na abordagem do risco cardiovascular e gestão do cuidado; 5. Apresentação de instrumento informático de suporte para a condução e gestão do RCV e treinamento.

Foram coletados dados dos pacientes das duas equipes Saúde da Família que passaram pela intervenção, após a intervenção e de pacientes de outras duas equipes que não passaram pela intervenção.

Para a fase analítica do segundo estudo, o tamanho da amostra foi estimado para detectar uma diferença de pelo menos 20% na variável adesão medicamentosa para avaliar mudança de comportamento após as atividades educativas, em relação a uma proporção estimada de 50% de pessoas com alta adesão medicamentosa identificadas na primeira etapa do estudo. Assumiu-se um nível de confiança de 95% e um poder amostral de 80% chegando-se a uma amostra final mínima igual a 93 indivíduos para os casos e 93 indivíduos para os controles.

Foram considerados elegíveis para o estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos acamados, hospitalizados ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por inabilidade cognitiva. O registro dos hipertensos foi obtido a partir do prontuário físico do paciente e ficha de cadastro no Programa Hipertensão e a seleção dos participantes deu-se de forma aleatória através de sorteio.

#### 3.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados no Estudo 2 aconteceu de forma semelhante ao Estudo 1 sendo utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados.

### 3.2.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 18.0 (*SPSS for Windows, Chicago, EUA*), de forma descritiva e analítica. A normalidade dos dados foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise descritiva, foram elencadas as variáveis sociodemográficas e clínicas. Na análise das variáveis categóricas, utilizou-se o teste qui-quadrado com a finalidade de avaliar os dados pareados do grupo que passou pela intervenção(casos) e de grupo que não passou pela intervenção (controles), assumindo-se uma significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

### 3.3 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Unimontes e aprovado sob parecer de nº 572.323. Todos os envolvidos foram orientados sobre o trabalho a ser desenvolvido, riscos e benefícios potenciais. Cada participante manifestou sua disponibilidade para ingressar no estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A todos os participantes foi assegurada a confidencialidade e o sigilo dos dados.

## 4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

### 4.1 Artigo científico 1

Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas

Submetido, em avaliação

### 4.2 Artigo científico 2

Prevalência de comportamentos e fatores de risco para doenças cardiovasculares em população de hipertensos no norte de Minas Gerais, Brasil

Revista Cuidado é Fundamental (Aceito para publicação)

### 4.3 Artigo científico 3

Associação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas

Revista Acta Paulista (Aceito para publicação)

Artigo científico 1  
Revista de enfermagem UFPE *on line*

## **Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas**

Ana Paula Ferreira Maciel<sup>1</sup>, Antônio Prates Caldeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: anafmenfermagem@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Médico, Professor Doutor, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

\*Autor responsável para troca de correspondência: Ana Paula Ferreira Maciel, Rua José Maria Câmara, 85-Canelas I\_ Montes Claros (MG), Brasil. CEP: 39402-592. Telefone: (38) 3214-1203

### **Resumo**

**Objetivo:** avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde através de indicadores de saúde sobre mudanças de comportamento das pessoas que vivem com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Método:** estudo epidemiológico experimental controlado. O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira, a amostragem foi probabilística e nesta avaliação participaram do estudo 720 pessoas. Na segunda etapa foi feita intervenção, através de educação em saúde para profissionais de duas equipes da Saúde da Família. Após a intervenção foi feita nova abordagem de 102 pacientes cadastrados nas equipes de saúde que passaram pela intervenção (casos) e outros 102 pacientes cadastrados em equipes que não passaram pela intervenção (controles). **Resultados:** Houve mudança estatisticamente significativa na adesão medicamentosa ( $p=0,003$ ), com melhor adesão no grupo que passou pela intervenção. **Conclusão:** a intervenção promoveu maior adesão medicamentosa para os pacientes assistidos pelas equipes capacitadas, mas sem impacto sobre mudança nos hábitos de vida.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Saúde.

### **Introdução**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica, multifatorial, que geralmente se encontra associada a outros fatores e comportamentos de alto risco para doenças cardiovasculares.<sup>1,2</sup> A abordagem da HAS deve levar em conta não somente os níveis pressóricos, mas também a presença de lesões de órgãos-alvo e a presença de outros fatores de risco associados, tais como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, diabetes e dislipidemia.<sup>3</sup> Essa recomendação é particularmente importante porque a combinação de HAS com estas condições é



mais danosa do que a soma dos mesmos isoladamente, considerando um potencial desfecho cardiovascular grave.<sup>1</sup>

O controle da HAS está relacionado a adoção de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas incluem as mudanças nos hábitos de vida para práticas saudáveis. Entre essas medidas estão o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física e a cessação do tabaco.<sup>1,4</sup>

Em princípio, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem os melhores atributos para uma boa condução e manejo desta condição crônica. Isso se justifica pelo fato de que tais equipes podem apoiar mais efetivamente as mudanças no estilo de vida dos hipertensos acompanhados e a adesão ao tratamento, já que os seus princípios estão diretamente relacionados com uma boa interação profissional/usuário, permitindo a co-responsabilização pelo tratamento e sensibilização para promoção de hábitos de vida saudáveis.<sup>5</sup>

O controle da pressão arterial bem como a gestão do cuidado da HAS e dos agravos cardiovasculares continua sendo um desafio. Diversos estudos têm apontado fatores associados ao controle da pressão arterial, contudo existe pouca evidência clara de como o cuidado das pessoas que vivem com a hipertensão deva ser organizado. Assim, estudos que abordem estratégias para melhoria do processo de cuidado e gestão da HAS e dos agravos cardiovasculares são emergentes. O presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto de uma intervenção para profissionais de saúde com a proposta de gestão do cuidado de pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica cadastrados em equipes de saúde da família de um município de médio porte localizado no Norte de Minas Gerais.

## Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico experimental, controlado, cujo objeto de intervenção foi a equipe de saúde da ESF. A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade de porte médio ao norte do estado de Minas Gerais. Na ocasião, a rede básica de assistência municipal era constituída por 13 equipes da Estratégia Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura populacional de 100%. Todas as unidades do Programa de Saúde da Família, efetivamente ativas e completas, foram eletivas para o estudo.

Antes da intervenção, foram realizadas coletas de dados com amostra representativa de hipertensos cadastrados em todas as unidades básicas de saúde e acompanhados pelas equipes da ESF. O registro dos hipertensos foi obtido a partir do prontuário físico dos pacientes e fichas de cadastro no Programa Hiperdia.

O cálculo amostral para essa fase foi definido a partir de uma prevalência de hipertensão de 25% para uma população estimada de 30 mil pessoas adultas assistidas pela ESF, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem probabilística por conglomerados (unidades básicas de saúde), o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 2 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pessoas para a caracterização da população de hipertensos assistidos pela ESF foi de 687 pessoas.

Foram considerados elegíveis para o estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos acamados, hospitalizados ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por inabilidade cognitiva.

O instrumento de coleta utilizado incluía dados de caracterização socioeconômica e demográfica, além de variáveis relacionadas aos cuidados de saúde e foi desenvolvido a partir de outros instrumentos já validados. Para a avaliação da adesão medicamentosa foi utilizada a escala de adesão medicamentosa de Morisky, Green e Levine, versão adaptada para a cultura brasileira. A escala contém quatro questões relativas aos fatores da não adesão. Foi desenvolvida para pacientes com HAS e posteriormente indicada para utilização na identificação de fatores da não adesão de qualquer classe de medicamentos. As quatro questões estão relacionadas à: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento por perceber melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico. A classificação é definida como alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. O paciente é classificado no grupo de média adesão quando uma a duas respostas são afirmativas e, se três ou quatro respostas são afirmativas, a classificação é de baixa adesão.<sup>6</sup>

Após a coleta de dados inicial, entre as unidades da ESF na área urbana do município, duas foram recrutadas para o grupo “intervenção” e outras duas foram tomadas como “controle”. A intervenção proposta foi fundamentada na capacitação para o desenvolvimento de competências das equipes da ESF. Buscou-se, por meio de encontros formais e informais com as equipes de saúde, sensibilização para a gestão do cuidado com ênfase no Risco Cardiovascular (RCV). Neste sentido, foram delineados assuntos que pudessem contribuir com a formação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como motivá-los para importância do cuidado com o RCV e aplicação de um modelo de gestão do cuidado.

Foram realizadas cinco oficinas *in loco*, com duração aproximada de duas horas cada, com abordagem dos seguintes assuntos: 1. Apresentação da proposta,

epidemiologia e noções sobre gestão do cuidado do risco cardiovascular. 2. Abordagem Motivacional e Avaliação do estágio de prontidão para mudança; 3. Classificação de risco, prevenção e abordagem às pessoas com risco cardiovascular; 4. Boas práticas dos profissionais de saúde na abordagem do RCV e gestão do cuidado; 5. Apresentação de instrumento informático de suporte para a condução e gestão do RCV e treinamento para uso.

A equipe de trabalho para coleta de dados era formada por profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos) e foi especialmente treinada, para as duas etapas do estudo. Após as atividades educativas, foram conduzidas coletas de dados com amostra de hipertensos apenas das equipes “intervenção” e “controle”. Nessa etapa, o tamanho da amostra foi estimado para detectar uma diferença de pelo menos 20% na variável adesão medicamentosa para avaliar mudança de comportamento, considerando uma proporção estimada de 50% de pessoas com baixa adesão medicamentosa identificadas na primeira etapa do estudo. Assumiu-se um nível de confiança de 95% e um poder amostral de 80%, o que definiu uma amostra final mínima igual a 93 indivíduos para cada um dos grupos “intervenção” e “controle”.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o mesmo da fase anterior à intervenção. A coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde às quais as pessoas estavam vinculadas ou no próprio domicílio, com uso de equipamentos (balanças, estadiômetros e aparelhos de pressão) já validados em pesquisas similares. Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 18.0 (*SPSS for Windows, Chicago, EUA*), de forma descritiva e analítica.

Todos os participantes concordaram com sua participação no estudo, registrando assinatura ou digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo nº CAAE 28611114.9.0000.5146.

### Resultados

Na primeira etapa do estudo, participaram 720 pessoas sabidamente hipertensas, cadastradas e acompanhadas pelas ESF. A idade média do grupo avaliado foi de 62 (DP  $\pm$ 13) anos, com predomínio do sexo feminino. A maior parte do grupo se declarou negra. Quase metade do grupo referiu uma renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. Essas e outras características do grupo são apresentadas na tabela 1.

Na segunda etapa do estudo, isto é, após conduzida a intervenção com as equipes de saúde, foram coletados dados de 102 pessoas para cada grupo (intervenção e controle). A tabela 2 apresenta as principais características dos participantes nessa fase, com análise estatísticas das variáveis estudadas.

Tabela 1. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde de pessoas hipertensas no norte de Minas Gerais, 2015.

Variáveis	(n)	(%)
<b>Idade</b>		
18 a 39 anos	39	5,4
40 a 59 anos	242	33,6
≥ 60 anos	439	61,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	517	71,8
Masculino	203	28,2
<b>Cor da pele</b>		

Parda	371	51,5
Preta	200	27,8
Branca	142	19,7
Amarela/Indígena	7	0,9
Estado conjugal		
Solteiro	99	13,8
Casado ou união estável	396	55,0
Divorciado/separado	52	7,2
Viúvo	173	24,0
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	325	45,1
De 1 a 3 salários mínimos	354	49,2
4 ou mais salários mínimos	36	5,0
Número de pessoas que residem na casa		
Vive sozinho	76	10,6
De 2 a 5 pessoas	553	76,8
Mais de 5 pessoas	91	12,6
Anos de estudo		
Nenhum	91	12,8
1 a 4 anos	325	45,6
5 anos ou mais	297	41,6
Morbidades autorreferidas		
Diabetes <i>melitus</i>	228	31,7
Problema cardíaco	196	27,3
Colesterol alto	302	42,1
Artrite e/ou reumatismo	197	27,4

Osteoporose	123	17,1
Classificação do IMC		
Baixo peso	11	1,5
Eutrófico	164	23,1
Sobrepeso	284	39,9
Obesidade	252	35,4
Adesão medicamentosa		
Alta adesão	373	51,9
Média adesão	249	34,7
Baixa adesão	96	13,4

Tabela 2- Variáveis clínicas e comportamentais de pessoas hipertensas, após intervenção educativa para equipes de saúde, norte de Minas Gerais, 2015

Variáveis	Intervenção		Controle		p-valor*
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Participou de alguma atividade de educação em saúde					0,271
Sim	27	27,3	21	35,6	
Não	72	72,7	38	64,4	
Tabagismo					0,416
Não fumante	89	89,0	86	85,1	
Fumante	11	11,0	15	14,9	
Prática de atividade física					0,293
Ativo	45	45,5	37	36,6	
Sedentário	54	54,5	63	62,4	
Dieta para controle da Pressão Arterial					0,708
Sim	81	82,7	63	84,7	
Não	17	17,3	13	15,3	

Controle da quantidade de sal					0,313
Sim	96	98,0	81	95,3	
Não	2	2,0	4	4,7	
Consumo de frutas					0,540
Duas ou mais vezes/semana	85	83,3	80	80,0	
Nunca/ quase nunca	17	16,7	20	20,0	
Tratamento ou dieta para perda de peso					0,239
Sim	8	7,9	13	13,0	
Não	93	92,1	87	87,0	
Classificação da Pressão Arterial					0,258
Normal ou limítrofe	53	52,0	44	44,0	
Hipertensão leve/moderada/grave	49	48,0	56	56,0	
Adesão medicamentosa					0,003
Alta adesão	62	60,8	38	37,3	
Média adesão	18	17,6	34	33,3	
Baixa adesão	22	21,6	30	29,4	

---

(\*) Teste qui-quadrado

Registrou-se diferença estatisticamente significativa ( $p=0,003$ ) na adesão medicamentosa entre os grupos avaliados, com melhor adesão à terapia medicamentosa no grupo assistido pelas equipes que passaram pela intervenção. Não foram identificadas outras diferenças estatisticamente significantes para as demais variáveis aferidas.

### Discussão

Ao avaliar o impacto da intervenção educativa e formativa para profissionais de saúde na gestão do cuidado de pessoas que vivem com HAS, o presente estudo



registrou apenas melhora nos índices de adesão medicamentosa para as pessoas acompanhadas pelas equipes capacitadas. Esse é um aspecto positivo, pois existe uma dificuldade na adesão à terapia medicamentosa no tratamento da HAS, apesar de existir um amplo arsenal terapêutico, reconhecidamente eficaz para o seu controle.<sup>7,8</sup>

Diversos fatores têm sido associados com a não adesão à terapia medicamentosa pelo paciente hipertenso. A dificuldade em aderir ao tratamento pode estar ligada desde a motivos relacionados à disponibilidade e gratuidade de medicamentos, à forma de como o paciente consegue lidar com esta situação, à maneira de como foi orientado, à dificuldade em mudar seu estilo de vida e suas rotinas diárias, à forma como a família pode influenciar e adaptar a novas mudanças.<sup>9,10</sup>

Vale destacar que a adesão à medicação auto relatada, como foi feita neste estudo, é conhecida por superestimar a verdadeira adesão. Contudo, o uso de escalas de adesão é bastante divulgado na literatura e pouco se sabe sobre os fatores do doente que podem contribuir para o viés ascendente na adesão auto relatada da medicação.<sup>11</sup>

Em estudo que avaliou fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em uma unidade básica de saúde, concluiu-se que um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente às recomendações da equipe de saúde. Ressalta-se, contudo, que o fato deve ser considerado, pois as recomendações necessárias podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem acessível ou pode haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade.<sup>8</sup>

Ressalta-se que o grupo estudado nesta pesquisa é essencialmente idoso, com média de idade acima dos 60 anos e ainda possui baixa escolaridade, o que, segundo estudos, pode contribuir para o não entendimento das orientações e consequente não adesão medicamentosa e mudança de comportamento.<sup>12</sup>

Entre os hábitos dietéticos discutidos, não se registrou diferenças entre os grupos para as variáveis consumo de sal ou consumo de frutas. Em estudo sobre caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sócio demográficos e clínicos, concluiu-se que o elevado consumo de sal, mensurado tanto por seus componentes isolados como de maneira global, encontra-se relacionado a variáveis individuais como sexo, escolaridade, cor, renda mensal, situação profissional e às variáveis clínicas como IMC, pressão arterial, indicadores de hipertrofia ventricular e número de medicações utilizadas.<sup>13</sup> É compreensível que a população estudada, essencialmente carente e com baixa escolaridade, tenha mais dificuldades para compreender e promover mudanças em seus hábitos alimentares. A mudança dos hábitos alimentares é complexa já que envolve costumes, culturas e aspectos socioeconômicos.<sup>14</sup> Um estudo, com intervenção comportamental intensiva, obteve mudança de comportamento, melhorou o padrão alimentar e a pressão arterial após um período de seis meses, contudo o tamanho do efeito foi relativamente pequeno e não persistiu.<sup>15</sup> Outros autores já registraram dificuldades em mudanças comportamentais potencialmente efetivas em relação às doenças crônicas em geral, incluindo a HAS.<sup>16,17</sup>

Em estudo experimental, realizado no Brasil, com população com características sócio demográficas semelhantes a do presente estudo, avaliou o efeito de intervenção educacional ativa (grupo de discussão) e passiva (fornecimento de diretrizes impressas) para profissionais médicos para melhorar o atendimento ao

paciente com HAS, onde concluiu-se que a intervenção ativa, baseada na revisão das práticas dos profissionais de saúde, melhorou as condutas clínicas dos profissionais, comparando-se ao grupo que passou pela intervenção passiva. Contudo, não foram observadas diferenças nos indicadores clínicos e comportamentais dos pacientes dos profissionais dos dois grupos.<sup>18</sup>

Não houve diferença significativa sobre o hábito de fumar entre os grupos. Em estudo que buscou avaliar o estado de saúde cardiovascular e determinar o impacto de uma intervenção de baixa intensidade de educação para cessação do tabagismo, os resultados apontaram que a intervenção aumentou significativamente o conhecimento sobre a cessação tabágica, mas não a intenção de parar de fumar.<sup>19</sup>

Sobre a prática de atividade física, também não se observou diferença estatisticamente significativa. Esse dado é contrário a um estudo que, após intervenção de educação em saúde, registrou uma melhora estatisticamente significativa no nível de atividades praticadas, onde vários indivíduos que eram sedentários começaram a praticar exercícios físicos. Entretanto, o referido estudo promoveu atividades educativas diretamente aos pacientes hipertensos.<sup>20</sup>

Para os valores da pressão arterial também não se observou diferenças significativas, o que é consoante com as poucas mudanças comportamentais identificadas neste estudo após a intervenção. Destaca-se que em relação à HAS, sua adequada abordagem deve levar em conta não apenas seus níveis pressóricos, mas também a presença de lesões de órgãos-alvo e a presença de outros fatores de risco associados. Essa recomendação fundamenta-se no fato de que poucos hipertensos possuem apenas níveis pressóricos elevados, pois a maioria possui outros fatores de risco cardiovascular (RCV).<sup>1</sup> Em um estudo realizado com amostra semelhante, após intervenção de educação em saúde para as pessoas com HAS foi

observada uma redução estatisticamente significativa para os valores das pressões e para variáveis que avaliaram mudanças de alguns hábitos de vida.<sup>20</sup>

Em síntese, as intervenções educativas promovidas não se mostraram capazes, pelo menos ao longo do tempo estudado, de promover impacto sobre os hábitos de vida dos pacientes hipertensos acompanhados pelas equipes de saúde. Destaca-se que a epidemiologia da doença cardiovascular é complexa e demandam maiores esforços para se assegurar resultados mais robustos sobre o comportamento dos pacientes. Outros autores já demonstraram que a situação é evitável e reversível, ainda que não seja uma ação simples, já que, algumas vezes envolve mudanças profundas de comportamentos dos indivíduos, de suas famílias e da sociedade em que vivem.<sup>21</sup>

Em estudo randomizado que avaliou o efeito de intervenções educativas sobre mudanças de comportamentos de saúde e no controle da pressão arterial concluiu-se que as intervenções educacionais podem melhorar a autogestão de doenças crônicas, muito embora não conferem maiores benefícios aos participantes com níveis educacionais mais baixos. As tendências observadas neste estudo sugerem que as pessoas com maior escolaridade têm mais probabilidade de se beneficiar das intervenções educativas, exacerbando as disparidades socioeconômicas de saúde.<sup>22</sup> Esse dado torna ainda mais desafiadora a proposta de promover educação em saúde para comunidades socialmente menos favorecidas.

Neste sentido, reforça-se a necessidade de investimento das políticas públicas em busca de alternativas que visem uma melhor gestão do cuidado da HAS e de seus fatores associados, na tentativa de conter os agravos cardiovasculares, como feito no presente estudo.

Os resultados desse estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Várias das informações aferidas foram relatadas pelos próprios pacientes. Embora o instrumento utilizado tenha sido validado, as informações podem não traduzir fielmente a realidade. Ainda, a população avaliada apresenta particularidades de uma população altamente carente e com nível de escolaridade predominantemente baixo, o que pode não representar todos os estratos sociais. Vale citar ainda o curto período de acompanhamento, o que sugere a necessidade de novos estudos com acompanhamento mais robusto. O fato da intervenção proposta ser conduzida para profissionais de saúde e não para as pessoas com a hipertensão dificultou o confronto de dados com a literatura, já que não foram encontrados estudos que utilizaram da mesma abordagem.

### **Conclusão**

Conclui-se que a intervenção proposta foi eficaz no sentido de promover maior adesão medicamentosa para os pacientes assistidos pelas equipes capacitadas. Entretanto, não foram registradas diferenças em relação aos hábitos de vida prejudiciais aos hipertensos e que podem impactar sobre o risco cardiovascular. Sugere-se a realização de novos estudos, com diferentes abordagens e acompanhamento por maior período de tempo.

**Agradecimentos:** Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG (CDS - APQ-00729-13).

### **Referências**

1. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2013; 6 (supl. 2): 1-63.

2. Chobanian AV. The Hypertension Paradox – More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. *N Engl J Med* 2009; 361: 878-87.
3. Tocci G, Valentini V, Sciarreta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc Health Risk Manag* 2007;3(3):313-20.
4. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). *Med Clin North Am.* 2009; 93(3):753-69.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011 Out 24 [citado 2012 Jan 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).*
6. Morisky DE, Green LW, Levine MA. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-74.
7. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1):1-51.
8. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2012; 25( spe1 ): 27-34.
9. Martins LC et al .Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. *Rev. Bras.Hipert* 2008; 15(1): 28-33.
10. Gomes e Martins A, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta paul. enferm* 2014; 27(3): 266-72.
11. Tedla YG, Baustista LE. Factors associated with false-positive self-reported adherence to antihypertensive drugs. *J Hum Hypertens.* 2016 doi:10.1038/jhh.2016.80.
12. Cotta RM, Batista KC, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FA, et al. Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeira, Minas Gerais state. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(4):1251-60.
13. Perin MS, Gallani MCBJ, Rodrigues RCM, Cornélio ME. Caracterização do consumo de sal entre hipertensos segundo fatores sociodemográficos e clínicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(5): [09 telas].

14. Gimeno SG, Mondini L, Moraes SA, Freitas IC. Dietary patterns and correlates in adults living in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: the OBEDIARP Project. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(3):533-45.
15. Svetkey LP, Pollak KI, Yancy WS Jr, Dolor RJ, Batch BC, Samsa G, et al. Hypertension improvement project: randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients. *Hypertension*. 2009; 54(6):1226-33.
16. Amado Guirado Ester, Pujol Ribera Enriqueta, Pacheco Huergo Valeria, Borrás Josep M.. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*; 25(1): 62-7.
17. Santos MVRS, Olivira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. 2013; 11(1):55-61.
18. Pimenta HB, Caldeira AP, Mamede S. Effects of 2 educational interventions on the management of hypertensive patients in primary health care. *J Contin Educ Health Prof* 2014; 34(4): 243-51.
19. Perkett, M, Robson SM, Kripalu V et al. Characterizing Cardiovascular Health and Evaluating a Low-Intensity Intervention to Promote Smoking Cessation in a Food-Assistance Population. *J Community Health* (2016). doi:10.1007/s10900-016-0295-2.
20. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta paul. enferm*. 2013; 26(2): 179-84.
21. Jackson R, Lawes CM, Bennett DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet*. 2005; 365(9457):434-41.
22. Zhang K, Eastwood D, Ertl K, Whittle J. Educational attainment does not modify the effect of educational interventions on blood pressure control: a secondary analysis of data from a randomised trial. *JRSM Open*. 2016 ;7(8): 1-8.

Artigo científico 2  
Revista Cuidado é Fundamental

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTOS E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS  
CARDIOVASCULARES EM POPULAÇÃO DE HIPERTENSOS NO NORTE DE MINAS GERAIS,  
BRASIL**

**PREVALENCE OF BEHAVIORS AND RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN  
HYPERTENSIVE POPULATION IN THE NORTH OF MINAS GERAIS, BRAZIL**

**LA PREVALENCIA DE CONDUCTAS Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES  
CARDIOVASCULARES EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA EN EL NORTE DE MINAS GERAIS,  
BRASIL**

**Rosemberg dos Anjos Medeiros Filho.** Email: rosembergdosanjos@gmail.com. Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros.

**Ana Paula Ferreira Maciel.** Email: anafmenfermagem@yahoo.com.br. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde - Unimontes. Especialista em Saúde da Família, modalidade residência. Especialista em Gestão da Clínica. Especialista em Formação Pedagógica Profissional na Área de Saúde: enfermagem.

**Henderson Barbosa Pimenta.** Email: henderson.pimenta@unimontes.br. Médico. Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Universidade Estadual de Montes Claros.

**Antônio Prates Caldeira.** Email: antonio.caldeira@unimontes.br. Médico. Doutor em Ciências da Saúde. Professor da Universidade Estadual de Montes Claros.

**Agradecimentos:** Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG (CDS - APQ-00729-13).

### **Resumo**

**Objetivo:** Estimar a prevalência de comportamentos e fatores de risco cardiovascular em hipertensos assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade do norte de Minas Gerais. **Método:** Trata-se de estudo transversal, com amostra de hipertensos cadastrados em equipes da ESF. As prevalências de fatores e comportamentos de risco foram comparadas entre homens e mulheres por meio do teste qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Participaram do estudo 720 pessoas. Dentre as variáveis investigadas, destacam-se os seguintes comportamentos de risco: sedentarismo, o baixo consumo de frutas e o consumo de carnes vermelhas com gordura aparente. Alguns fatores de risco foram mais prevalentes entre os homens e proporções maiores de valores para hipertensão não controlada também foram registradas para os homens (57,6%). **Conclusão:** Os resultados revelaram elevada prevalência de fatores e comportamentos de risco para doença cardiovascular para a população estudada, especialmente entre os homens.



**Descritores:** Hipertensão, Fatores de risco, Doenças cardiovasculares.

### Abstract

**Objective:** Estimate the prevalence of high-risk behaviors and cardiovascular risk factors in hypertensive population assisted by the teams of the Family Health Strategy (FHS) in a northern city of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** This is cross-sectional study with representative sample of hypertensive population registered by teams of the FHS. The prevalence of risk factors and behaviors were compared between men and women using the chi-square test, assuming a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ). **Results:** The study included 720 people. Among the variables investigated, we highlight the following risk behaviors: inactivity, low fruit intake and consumption of red meat with visible fat. Some risk factors were more prevalent among men and higher proportions of values for uncontrolled hypertension were also recorded for men (57.6%). **Conclusions:** The results showed a high prevalence of risk factors and high-risk behaviors for cardiovascular disease in this population, especially among men.

**Descriptors:** Hypertension, Risk factors, Cardiovascular diseases

### Resumen

**Objetivo:** Estimación la prevalencia de conductas y factores de riesgo cardiovascular en hipertensos asistidos por los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en una ciudad del norte de Minas Gerais. **Método:** Este es un estudio transversal, una muestra representativa de hipertensos registrados en los equipos de la ESF. La prevalencia de factores de riesgo y los comportamientos fueron comparados entre los hombres y las mujeres que usan la prueba de chi-cuadrado, asumiendo un nivel de significación del 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** El estudio incluyó a 720 personas. Entre las variables investigadas, destacamos los siguientes comportamientos de riesgo: La falta de actividad física, bajo consumo de frutas y el consumo de carne roja con grasa visible. Algunos factores de riesgo son más prevalentes entre los hombres y las más altas proporciones de valores para la hipertensión no controlada también se registraron para los hombres (57,6%). **Conclusión:** los resultados .Los revelaron una alta prevalencia de factores de riesgo y los comportamientos de la enfermedad cardiovascular en esta población, especialmente entre los hombres.

**Descritores:** Hipertensión, Factores de riesgo, enfermedad cardiovascular.

### Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.<sup>1</sup> Isto pode ser explicado, em parte,

pela alta prevalência de fatores de risco associados, tais como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, diabetes, dislipidemia e hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).<sup>2</sup> Entre as doenças cardiovasculares, a HAS, as doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares são consideradas as mais importantes em termos de saúde coletiva, pois constituem causa importante de morbimortalidade, afetando diretamente as atividades diárias dos pacientes, com repercussões econômicas e na qualidade de vida do doente.<sup>3</sup>

Particularmente em relação à HAS, sua adequada abordagem deve levar em conta não apenas seus níveis pressóricos, mas também a presença de lesões de órgãos-alvo e a presença de outros fatores de risco associados. Essa recomendação fundamenta-se do fato de que poucos hipertensos possuem apenas níveis pressóricos elevados, pois a maioria possui outros fatores de risco cardiovascular (RCV).<sup>4</sup> A medida é particularmente importante porque a combinação de HAS com estes fatores é mais danosa do que a soma dos mesmos isoladamente, considerando um potencial desfecho cardiovascular grave.

É desejável, portanto, que o paciente hipertenso seja globalmente assistido e tenha seu RCV sistematicamente avaliado, para que medidas específicas sejam adotadas. A Escala ou Escore de Framingham (EF) é recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil para avaliação e acompanhamento do hipertenso.<sup>5</sup> Ele estima a probabilidade de ocorrer infarto do miocárdio ou morte por doença coronariana no período de 10 anos em indivíduos sem diagnóstico prévio de aterosclerose clínica. Embora esta estimativa de risco seja sujeita a correções, conforme indicadores epidemiológicos da população estudada, o EF identifica adequadamente indivíduos de alto e baixo riscos.<sup>5</sup> É relevante destacar, porém, que existem outras escalas para avaliação do RCV, cada uma delas com suas particularidades e alguns comportamentos são reconhecidamente nocivos para a saúde cardiovascular, mas não estão presentes em algumas escalas.<sup>6</sup>

Infelizmente, a avaliação sistemática dos pacientes com vistas ao reconhecimento do RCV não é uma prática comum para as equipes da atenção primária no país.<sup>7</sup> Alguns autores apontam ainda que estas equipes não logram grandes êxitos no controle dos pacientes hipertensos.<sup>8-9</sup> Todas essas condições destacam a importância de se conhecer a prevalência dos fatores de risco cardiovascular e dos comportamentos de risco associados à hipertensão, aspecto ainda pouco abordado pela literatura nacional.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência comportamentos e fatores de risco cardiovascular em hipertensos assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade do norte de Minas Gerais.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram coletados no município de

Pirapora (MG), nas unidades básicas de saúde das equipes da ESF, por equipe especialmente treinada.

O instrumento de coleta de dados foi baseado em formulários previamente validados<sup>10</sup> e incluía variáveis sócio demográficas, econômicas, hábitos de vida, comorbidades, aspectos relacionados à utilização de serviços de saúde e auto percepção de saúde. Também foram aferidas medidas antropométricas e da pressão arterial, seguindo normas clássicas para a aferição de tais procedimentos.<sup>11-12</sup>

Para alocação dos usuários para a pesquisa, utilizou-se processo de amostragem probabilístico, com amostragem estratificada proporcional. Isso é, o número de hipertensos alocados em cada unidade foi proporcional ao número de pessoas cadastradas. Todas as unidades de equipes da ESF do município foram envolvidas no estudo.

O tamanho da amostra de hipertensos no estudo foi definido considerando uma prevalência de 25%, uma população estimada de 30 mil pessoas assistidas pela ESF e com idade acima de 18 anos, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados (unidades de saúde), o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) igual a 2 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, número mínimo de pessoas para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 687 pessoas.

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente, foram avaliadas, de forma descritiva, as características demográficas e socioeconômicas do grupo. Os comportamentos e fatores de risco foram avaliados comparativamente entre homens e mulheres por meio do teste qui-quadrado, assumindo-se um nível de 5% ( $p < 0,05$ ) para definir diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros.

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (de forma direta ou por meio de familiar, para os analfabetos). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros.

## Resultados

Participaram do estudo 720 pessoas, com idade entre 23 e 98 anos, com predomínio da faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos. O sexo predominante foi o feminino (71,8%). A cor da pele auto referida parda foi a mais citada (51,5%) e a situação conjugal mais prevalente foi de casado ou união estável. As principais características demográficas e socioeconômicas da população estudada são apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1:** Características demográficas e socioeconômicas de hipertensos assistidos pelas equipes de Saúde da Família; 2014.

Variáveis	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade (anos)</b>						
< 40	2	1,0	37	7,2	39	5,4
40-59	65	32,0	177	34,2	242	33,6
≥60	136	67,0	303	58,6	439	61,0
<b>Cor da pele</b>						
Parda	108	53,2	263	50,9	371	51,5
Preta	55	27,1	145	28,0	200	27,8
Branca	37	18,2	105	20,3	142	19,7
Amarela/Índigena	3	1,5	4	0,8	7	1,0
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro	22	10,8	77	14,9	99	13,8
Casado/União estável	153	75,4	243	47,0	396	55,0
Divorciado/separado	10	4,9	42	8,1	52	7,2
Viúvo	18	8,9	155	30,0	173	24,0
<b>Plano de saúde</b>						
Sim	39	19,3	92	18,3	131	18,3
Não	163	80,7	422	81,7	585	81,7
<b>Escolaridade</b>						
Não estudou	26	12,9	65	12,7	91	12,8
1-5 anos	102	50,7	279	54,5	381	53,4
6-9 anos	41	20,4	82	16,0	123	17,3
> 9 anos	32	15,9	86	16,8	118	16,5
<b>Renda familiar</b>						
≤ 1 SM	72	35,5	252	48,7	324	45,0
1,1 - 2,0	71	35,0	170	32,9	241	33,5
> 2,0	60	29,6	95	18,4	155	21,5
<b>Habitantes por domicílio</b>						
≤ 4	159	78,3	385	74,5	544	75,6
5-7	41	20,2	106	20,5	147	20,4
≥ 8	3	1,5	26	5,0	29	4,0
<b>Esgotamento sanitário</b>						
Presente	112	55,2	314	60,7	426	59,2
Ausente	91	44,8	203	39,3	294	40,8

A tabela 2 apresenta os comportamentos de risco e co-morbidades referidas pelo grupo estudado. Dentre as variáveis investigadas, destacam-se o sedentarismo, o baixo consumo de frutas e o consumo de carnes vermelhas com gordura aparente.

**Tabela 2:** Comportamentos de risco e co-morbidades referidas por hipertensos assistidos pelas equipes de Saúde da Família; 2014.

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Tabagismo</b>					<0,001
Fumante	28	13,8	37	7,2	
Ex-fumante	99	48,8	116	22,4	
Nunca fumou	76	37,4	364	70,4	
<b>Atividade física</b>					0,710
Sedentário	95	46,8	231	44,7	
Insuficientemente ativo	47	23,2	135	26,1	
Ativo/Muito ativo	61	30,0	151	29,2	
<b>Consumo de carne vermelha</b>					<0,001
Não consome	5	2,5	17	3,3	
Sem gordura aparente sempre	135	66,5	417	80,7	
Com gordura aparente	63	31,0	83	16,1	
<b>Consumo de frango</b>					0,001
Não consome	8	3,9	11	2,1	
Retira a pele	158	77,8	471	91,1	
Não retira a pele	37	18,2	35	6,8	
<b>Uso de sal no prato</b>					<0,001
Nunca	176	86,7	493	95,4	
Ocasionalmente	18	8,9	17	3,3	
Frequentemente/Sempre	9	4,4	7	1,4	
<b>Consumo de frutas</b>					0,088
Nunca/quase nunca	20	9,9	36	7,0	
Menos de três vezes/semana	58	28,6	117	22,6	
Três ou mais vezes/semana	125	61,6	364	70,4	
<b>Consumo de refrigerante</b>					0,020
Nunca/quase nunca	130	64,0	356	69,5	
Menos de três vezes/semana	30	14,8	88	17,2	
Três ou mais vezes/semana	43	21,2	68	13,3	
<b>História familiar de evento cardiovascular</b>					0,002
Sim	74	36,5	260	50,3	
Não	100	49,3	185	32,8	

Não sabe informar	29	14,3	71	13,9	
<b>Co-morbidades autorreferidas</b>					
Diabetes	74	36,5	154	29,8	0,084
Problema cardíaco	57	28,1	239	46,2	<0,001
Colesterol elevado	72	35,5	230	44,5	0,027
Artrite/artrose/reumatismo	34	16,7	163	31,5	<0,001
Osteoporose	18	8,9	105	20,3	<0,001
AVE	22	10,8	31	6,0	0,025

(\*) Teste qui-quadrado entre os gêneros

Foram observadas diferenças entre homens e mulheres quanto aos seguintes comportamentos de risco: tabagismo ( $p < 0,001$ ), consumo de carne vermelha com gordura aparente ( $p < 0,001$ ), consumo de frango sem retirar a pele ( $p = 0,001$ ), uso de sal no prato ( $p < 0,001$ ) e consumo de refrigerante ( $p = 0,020$ ). Todos esses comportamentos foram mais frequentes entre os homens.

Em relação às co-morbidades, houve maior destaque para o colesterol elevado e diabetes. As mulheres apresentaram maior frequência de colesterol elevado, artrite/artrose/reumatismo e osteoporose, em relação aos homens. Histórico pessoal de AVE foi mais comumente referido pelos homens ( $p=0,025$ ) e história familiar de evento cardiovascular foi mais referida pelas mulheres ( $p=0,002$ ).

A tabela 3 apresenta a classificação dos níveis pressóricos e as medidas antropométricas para os hipertensos avaliados. Mais da metade das mulheres apresentavam-se com pressão arterial controlada ou limítrofe. Proporções maiores de valores para hipertensão leve, moderada e grave foram registradas entre os homens ( $p = 0,001$ ).

**Tabela 3:** Pressão Arterial e variáveis antropométricas e aferidas entre hipertensos assistidos pelas equipes de Saúde da Família; 2014.

Variável	Homens		Mulheres		p-valor*
	n	%	n	%	
<b>Medida da Pressão arterial</b>					0,001
Normal	54	26,6	205	39,7	
Normal limítrofe	32	15,8	100	19,3	
Hipertensão leve	65	32,0	129	25,0	
Hipertensão moderada	31	15,3	54	10,4	
Hipertensão grave	21	10,3	26	5,0	
<b>Circunferência abdominal**</b>					<0,001
< limite superior	129	63,5	112	21,7	

≥ limite superior	74	36,5	405	78,3	
<b>Índice de Massa Corporal</b>					<0,001
Baixo peso/eutrófico	69	34,0	106	20,8	
Sobrepeso	87	42,9	197	38,7	
Obesidade	47	23,2	206	40,5	

(\*) Teste qui-quadrado entre os gêneros

(\*\*) Limite superior definido como 102cm para homens e 88cm para mulheres

Em relação às medidas antropométricas, as mulheres apresentaram maior proporção de medidas da circunferência abdominal acima do limite superior da normalidade e maior proporção de obesidade ( $p < 0,001$ )

### Discussão

O presente estudo possibilitou revelar uma elevada prevalência de comportamentos e fatores de risco cardiovascular em hipertensos assistidos pelas equipes da ESF no município estudado. Trata-se de uma situação preocupante, considerando que tais comportamentos e fatores se somam ao fato de que todas as pessoas avaliadas já são hipertensas e, portanto, já possuem um risco importante de apresentarem um desfecho cardiovascular indesejável.

Estudo conduzido no Sul do país também revelou elevada frequência de fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares.<sup>13</sup> A aglomeração de fatores de risco cardiovascular e uma prevalência elevada dos mesmos também foi observada em um grande estudo de base populacional conduzido em 16 capitais brasileiras.<sup>14</sup>

Entre os fatores de risco avaliados, o sedentarismo foi o mais frequente, com distribuição similar entre homens e mulheres. Esse dado já foi registrado em estudo conduzido no Sul do Brasil.<sup>13</sup> Embora o nível de atividade física ainda não seja estabelecido como fator de risco em escalas clássicas de avaliação do risco cardiovascular, alguns estudos já deixam bem estabelecido o potencial de proteção da atividade física sobre o risco de eventos cardiovasculares. Dados do estudo multi-étnico de aterosclerose (*Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis - MESA*), concluiu que maiores níveis de atividade física se mostraram associadas com menores riscos de fibrilação atrial.<sup>15</sup> Outro importante estudo nacional observou que a ocorrência de complicação cardiovascular intra-hospitalar esteve associada ao tempo de inatividade física, de forma independente da idade, pressão arterial sistólica e insuficiência cardíaca congestiva prévia.<sup>16</sup>

A aglomeração de fatores de risco mostrou ser similar entre homens e mulheres segundo o estudo conduzido em capitais brasileiras.<sup>14</sup> Todavia, os resultados do presente estudo mostraram alguns comportamentos de risco possuem características distintas entre

homens e mulheres. Alguns comportamentos alimentares inadequados foram mais prevalentes entre os homens, com diferenças estatisticamente significativa: consumo de carne vermelha com gordura aparente, consumo de frango com a pele, uso de sal no prato de refeição e consumo excessivo de refrigerantes. Esses comportamentos inadequados, associados ao tabagismo, também mais frequente entre os homens são maus hábitos que reforçam as chances de agravos cardiovasculares. Assim, a presença de cofatores, além da hipertensão arterial, acaba culminando em efeito multiplicativo, ou seja, chances aumentadas de desenvolver co-morbidades.

Esses resultados traduzem a necessidade de implementação de políticas públicas destinadas a maior promoção de hábitos de vida saudável para os homens. Um estudo conduzido em São Paulo revelou que os discursos masculinos evidenciam que a maioria dos homens não compreende o sentido de saúde, doença e prevenção. Para os autores, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem ainda requer que profissionais e instituições de diversas áreas, além da saúde, sejam mais efetivos e mais bem capacitados para lidarem com a singularidade masculina e suas vulnerabilidades.<sup>17</sup>

Sobre as co-morbidades auto referidas, foram registradas elevadas prevalências. Esse dado provavelmente ocorre porque muitos hábitos que predisõem à hipertensão (como o sedentarismo, a obesidade, tabagismo e erros alimentares) também elevam os riscos de desenvolver outros agravos. A hipertensão, por outro lado, também aumenta a probabilidade de o paciente desenvolver tais problemas, constituindo uma via de mão dupla.<sup>14</sup> As diferenças significativas entre os gêneros destacaram elevadas prevalências de problemas cardíacos, colesterol elevado, artrite/artrose/reumatismo e osteoporose entre as mulheres, o que é compatível com os resultados de outros estudos.<sup>18-19</sup>

Em relação à pressão arterial aferida no momento da entrevista, foi possível registrar elevada proporção de pessoas com pressão arterial não controlada, com predomínio de homens. O dado é preocupante e, provavelmente, reflete o resultado de comportamentos inadequados em relação ao risco cardiovascular, como falta de adesão a medidas dietéticas, baixa adesão à prática de atividades físicas, tabagismo, entre outros comportamentos inadequados. O uso das medicações prescritas pelos médicos nem sempre é uma ação suficiente para o controle da pressão arterial. Quase sempre, os pacientes devem aderir às práticas de atividades físicas, controle do sal e da ingestão de carne vermelha, assumindo mudanças no estilo de vida, que são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, e podem impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade cardiovascular.<sup>20</sup>

As medidas antropométricas registraram também riscos elevados para o grupo estudado, mas com maiores proporções de medidas inadequadas entre as mulheres, tanto



em relação à circunferência abdominal acima do limite superior esperado (88 cm), quanto a maior proporção de obesidade. A literatura nacional registra que, em relação às medidas antropométricas, os valores que variam segundo a área de realização do estudo. A prevalência de excesso de peso foi de 52,3% (IC95%: 49,9-54,8), semelhante entre homens e mulheres, segundo estudo realizado em região metropolitana de Minas Gerais.<sup>21</sup> Em outra pesquisa, realizada no nordeste brasileiro, os resultados foram similares ao do presente estudo, com maior prevalência de obesidade entre as mulheres.<sup>22</sup> É provável que o perfil da população estudada contribua para essas diferenças observadas. No presente estudo, a predominância de população mais idosa é compatível com o perfil da população hipertensa e, nesse caso, existe uma tendência de aumento da obesidade, inclusive da obesidade central, conforme aponta a pesquisa de base populacional.<sup>14</sup>

Em síntese, o presente estudo revelou uma situação preocupante com a concentração de fatores de risco cardiovascular para a população estudada, especialmente os homens. A concomitância de fatores de risco multiplica a probabilidade de eventos coronarianos em duas vezes no homem e em até quatro vezes em mulheres.<sup>2</sup> É relevante destacar, entretanto, que a epidemiologia da doença cardiovascular e os resultados de estudos de intervenção mostram que a situação é evitável e reversível, ainda que não seja uma ação simples, por envolver mudanças de comportamentos dos indivíduos e da sociedade.<sup>23</sup>

O presente estudo possui limitações que devem ser consideradas no processo de análise e generalização dos dados. Muitas das informações foram auto referidas e podem conter equívocos. A população avaliada apresenta particularidades de uma população altamente carente, não representando todos os estratos sociais. Todavia, os resultados são relevantes para populações similares, que podem ser beneficiadas por ações mais efetivas dos gestores de saúde. A prevalência dos principais fatores de risco cardiovascular é um importante subsídio no sentido de se traçar estratégias que previnam as complicações relacionadas às doenças cardiovasculares.

A HAS isoladamente é responsável por 7,5 milhões de mortes no mundo, sendo considerada a doença que mais causa óbitos nos países desenvolvidos. A prevenção da hipertensão e dos fatores de risco cardiovascular frequentemente associados é medida extremamente importante para melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A ESF tem papel preponderante para que tal medida possa ser alcançada.<sup>24</sup> O uso de escores de avaliação do risco cardiovascular, como o de Framingham tem o papel de alertar para uma avaliação global dos pacientes hipertensos e deve ser dirigido para medidas de estratificação desses pacientes, permitindo o direcionamento da terapêutica mais recomendável para cada situação, auxiliando não apenas o médico no manejo do

hipertenso, mas na tentativa de ajudar a participação do indivíduo com hipertensão no processo de tratamento, quando este toma conhecimento dos riscos cardiovasculares.<sup>25</sup>

## Conclusão

Os resultados revelaram elevada prevalência de fatores e comportamentos de risco para doença cardiovascular para a população estudada, especialmente entre os homens.

## Referências

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. 176p.
2. Tocci G, Valentini V, Sciarreta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc Health Risk Manag* 2007;3(3):313-320.
3. Hermann, JLV, Souza JAM. “Check-up” cardiológico: avaliação clínica e fatores de risco. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2006;16(3):127-37
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2013;6(supl.2):1-63.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
6. Petterle WC, Polanczyk CA. Avaliação crítica dos escores de risco. *Rev Soc Cardiol Rio Grande do Sul* 2011; 23:1-6.
7. Pimenta HB, Caldeira AP. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 19(6):1731-39.
8. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1389-400
9. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(2):623-33.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2011.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento Pesquisa Nacional de Saúde. Manual de Antropometria. Rio de Janeiro. 2013; 26p.
12. Ribeiro CCM, Lamas JLT. Comparação entre as técnicas de mensuração da pressão arterial em um e em dois tempos. *Rev bras enferm* 2012;65(4):630-636.
13. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):534-42
14. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(6):491-8
15. Bapat A, Zhang Y, Post WS, *et al.* Relation of Physical Activity and Incident Atrial Fibrillation (from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). *Am J Cardiol* 2015;116(6): 883-8.
16. Jorge, JG, Santos MAA, Barreto Filho JAS, Oliveira JLM, Melo EV *et al.* Nível de Atividade Física e Evolução Intra-Hospitalar de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Arq Bras Cardiol* 2016; 106(1):33-40.
17. Trilico MLC, Oliveira GR, Kijimura MY, Pirolo SM. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trab educ saúde*. 2015; 13(2): 381-95.
18. Malta DC, Iser BPM, Claro RM *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(3):423-34.
19. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estud Popul* 2012; 29(1):133-45.
20. Carnellosso ML, Barbosa MA, Porto CC, Silva SA, Carvalho MM, Oliveira ALI . Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). *Cien Saude Colet* 2010; 15(supl. 1):1073-80.
21. Andrade RG, Chaves OC, Costa DAS, *et al.* Excesso de peso em homens e mulheres residentes em área urbana: fatores individuais e contexto socioeconômico. *Cad Saúde Pública* 2015; 31(supl.1):148-58.
22. Pinho CPS, Diniz AS, Arruda IKG, *et al.* Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(12):2340-50.

23. Jackson R, Lawes CM, Bennett DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005; 365(9457):434-41.

24. Baguet JP, Legallicier B, Auquier P, Robitail S. Updated meta-analytical approach to the efficacy of antihypertensive drugs in reducing blood pressure. *Clin Drug Investig* 2007; 27(11):735-53.

25. Lotufo PA. Framingham score for cardiovascular diseases. *Rev Med (São Paulo)* 2008; 87(4):232-7.

Artigo científico 3  
Revista Acta Paulista de Enfermagem

### Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas

Ana Paula Ferreira Maciel  
Henderson Barbosa Pimenta  
Antônio Prates Caldeira

Submetido  
11 de Abril de 2016  
Aceito  
19 de Setembro de 2016

1Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil. Autor correspondente: não há conflitos de interesse a declarar.

Autor correspondente  
Antônio Prates Caldeira  
Av. Dr. Rui Braga, Prédio 6, 39401-089, Campus Universitário Prof. Darcy Ribeiro, Montes Claros, MG, Brasil.  
antonio.caldeira@unimontes.br

#### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a correlação entre adesão medicamentosa e qualidade de vida para pessoas hipertensas assistidas pelo Sistema Único de Saúde no norte de Minas Gerais.

**Métodos:** Estudo transversal, analítico, com amostra aleatória e representativa. Avaliou-se a correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa, utilizando-se o Minichal Brasil e a escala Morisky de adesão medicamentosa.

**Resultados:** Participaram do estudo 720 pessoas, acompanhadas em 13 Unidades Básicas de Saúde. A média de idade foi de 62,5 anos. O coeficiente de *Spearman* revelou uma correlação inversa ( $Rho = -0,130$ ) e estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ), de fraca magnitude.

**Conclusão:** A correlação inversa significa que maior adesão (maiores escores na escala Morisky) equivale a melhor qualidade de vida (menores escores da escala Minichal Brasil). A fraca correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa reforça a ideia de que qualidade de vida está relacionada a outros fatores, sugerindo novas investigações.

**Descritores:** Adesão à medicação, Hipertensão, Qualidade de vida, Enfermagem de atenção primária

#### Abstract

**Objective:** To evaluate the correlation between medication adherence and quality of life for hypertensive patients assisted by the Unified Health System in northern Minas Gerais.

**Methods:** Cross-sectional, analytical study, with random and representative sample. We

evaluated the correlation between quality of life and medication adherence, using the Minichal Brazil and Morisky scale of medication adherence.

**Results:** The study included 720 people, accompanied in 13 Basic Health Units. The mean age was 62.5 years. The *Spearman's* coefficient showed an inverse correlation ( $Rho = -0.130$ ) and statistically significant ( $p = 0.001$ ), of low magnitude.

**Conclusion:** The inverse correlation means that higher adherence (higher scores in Morisky scale) is equivalent to better quality of life (lower scores of Brazil Minichal scale). The weak correlation between quality of life and medication adherence reinforces the idea that quality of life is related to other factors, suggesting further research.

**Keywords:** Medication adherence, Hypertension, Quality of life, Primary care nursing

## Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Está associada a alterações metabólicas e da função e/ou estrutura de órgãos-alvo, o que se reflete em aumento do risco de eventos cardiovasculares e elevada mortalidade.<sup>(1,2)</sup> A prevalência deste problema de saúde tem aumentado, e a perspectiva é de que existirão, aproximadamente, 1,5 bilhões de hipertensos no mundo por volta de 2025. <sup>(3)</sup> No Brasil, estudos apontam prevalência de HAS em indivíduos adultos (18 a 59 anos de idade) entre 20% a 30%, atingindo percentuais mais elevados com o avançar da idade, chegando a 75% de prevalência em pessoas acima de 70 anos de idade. <sup>(4,5)</sup>

As repercussões da HAS a longo prazo se associam, pelo menos, em parte, às suas características de doença crônica, frequentemente assintomática e, por isso, muitas vezes desconhecida ou negligenciada pelos próprios pacientes.<sup>(1,3)</sup> Outro fato é que existe uma tendência de baixa adesão à terapia medicamentosa entre os pacientes hipertensos, apesar de existir um amplo arsenal terapêutico, reconhecidamente eficaz para o seu controle. <sup>(6)</sup> Diversos fatores têm sido associados com a não adesão à medicação pelo paciente hipertenso. A dificuldade em aderir ao tratamento está ligada desde a motivos relacionados a disponibilidade e gratuidade de medicamentos, à forma de como o paciente consegue lidar com esta situação, à maneira de como foi orientado, à dificuldade em mudar seu estilo de vida e suas rotinas diárias, à forma como a família pode influenciar e adaptar a novas mudanças. <sup>(7,</sup>

8)

Por se tratar de uma condição crônica, com potenciais desfechos graves, a HAS tem um impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, efeitos indesejáveis das drogas anti-hipertensivas também podem interferir na qualidade de vida dos pacientes e levar a uma limitada adesão terapêutica.<sup>(9)</sup> É fácil perceber, portanto, que existe uma complexa interação entre qualidade de vida em pacientes hipertensos e adesão medicamentosa que deve ser mais bem compreendida pelos profissionais de saúde.<sup>(10)</sup> Uma adequada abordagem do paciente hipertenso deve considerar não apenas as características de cada indivíduo e os níveis pressóricos, mas também as implicações da doença e seu tratamento sobre a qualidade de vida.<sup>(11)</sup>

A literatura ainda registra lacunas em relação à adesão medicamentosa e qualidade de vida para hipertensos no Brasil. Ainda não existem estudos que avaliam essa relação em contextos de maior vulnerabilidade social. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a correlação entre adesão medicamentosa e qualidade de vida em pacientes hipertensos em pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do norte de Minas Gerais.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal e analítico, conduzido em um município de porte médio no norte de Minas Gerais. A região se caracteriza por indicadores sociais e econômicos que denotam significativa vulnerabilidade populacional.

A seleção de pacientes ocorreu por amostragem probabilística, por conglomerados, com alocação a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcional ao número de indivíduos hipertensos cadastrados. O número total de hipertensos no estudo foi definido considerando uma prevalência de 25%, uma população estimada de 30 mil pessoas adultas assistidas pela ESF, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 2 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, número mínimo de pessoas para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 687 pessoas.

Foram considerados elegíveis para o estudo pessoas com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico médico de hipertensão arterial, efetivamente cadastradas e acompanhadas pelas equipes de saúde. Foram excluídos indivíduos acamados, hospitalizados ou cuja família considerava incapaz de responder ao questionário, por inabilidade cognitiva.

A coleta de dados foi realizada por equipe especialmente treinada, com uso de instrumentos previamente validados. Foram identificadas variáveis sócio demográficas e avaliação das condições de saúde, além dos instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida e adesão medicamentosa.

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado instrumento validado específico para pessoas que vivem com a HAS, o Minichal Brasil. Trata-se de questionário composto por 17 itens e dois domínios. As respostas são distribuídas em uma escala de frequência do tipo *Likert*, com quatro opções de respostas, de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, melhor a Qualidade de Vida. <sup>(12-14)</sup>

Para a avaliação da adesão medicamentosa foi utilizada a escala de adesão medicamentosa de Morisky, Green e Levine, versão adaptada para a cultura brasileira. A escala contém quatro questões relativas aos fatores da não adesão. Foi desenvolvida para pacientes com HAS e posteriormente indicada para utilização na identificação de fatores da não adesão de qualquer classe de medicamentos. As quatro questões estão relacionadas à: esquecimento, descuido, interrupção do uso do medicamento por perceber melhora e interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico. <sup>(15)</sup>

A classificação é definida como alto grau de adesão, quando as respostas a todas as perguntas são negativas. O paciente é classificado no grupo de média adesão quando uma a duas respostas são afirmativas e, se três ou quatro respostas são afirmativas, a classificação é de baixa adesão. <sup>(15)</sup>

A coleta de dados ocorreu nas UBS às quais as pessoas estavam vinculadas ou no próprio domicílio, por equipe especialmente treinada e uso de equipamentos já validados em pesquisas similares.

Os dados coletados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 18.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA), de forma descritiva e



analítica. A normalidade dos dados foi testada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O coeficiente de correlação de *Spearman (Rho)* foi empregado para verificar a relação entre a adesão medicamentosa e a qualidade de vida. Coeficientes de correlação menores de 0,30 foram considerados de fraca magnitude, entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude e maiores de 0,50, de forte magnitude.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes concordaram com sua participação no estudo, registrando assinatura ou digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede da pesquisa.

## **Resultados**

Foram coletadas informações de 720 pessoas sabidamente hipertensas, acompanhadas em 13 UBS. O tempo médio de diagnóstico da hipertensão foi de 13,0 ( $\pm 9,9$ ) anos e a grande maioria fazia uso atual de medicação anti-hipertensiva (94,4%).

A média de idade do grupo foi de 62,5 ( $\pm 13$  anos). A maioria era do sexo feminino (71,8%), referira cor da pele parda (51,5%) e de estado civil correspondente a casado ou união estável (55,0%). Quanto à escolaridade, 53,4% dos respondentes referiram possuir menos até quatro anos de estudo. Sobre as condições de saúde, registrou-se que 42,1% dos entrevistados referiram ter colesterol elevado; 31,7% relataram diabetes como morbidade associada e 27,3% informaram algum problema cardíaco. A caracterização demográfica, socioeconômica e de condições de saúde do grupo estudado está apresentada na tabela 1.

---

Tabela 1. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde de pessoas hipertensas no norte de Minas Gerais, 2015.

Variáveis	(n)	(%)
Média de idade	62,5 ( $\pm$ 13,13)	
Sexo		
Feminino	517	(71,8)
Masculino	203	(28,2)
Cor da pele		
Parda	371	(51,5)
Preta	200	(27,8)
Branca	142	(19,7)
Amarela/Indígena	7	(0,9)
Estado conjugal		
Solteiro	99	(13,8)
Casado ou união estável	396	(55,0)
Divorciado/separado	52	(7,2)
Viúvo	173	(24,0)
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	325	(45,1)
De 1 a 3 salários mínimos	354	(49,2)
Mais de 4 salários mínimos	36	(5,0)
Não responderam	5	(0,7)
Número de pessoas que residem na casa		
Vive sozinho	76	(10,6)
De 2 a 5 pessoas	553	(76,8)
Mais de 5 pessoas	91	(12,6)
Anos de estudo		
Nenhum	91	(12,8)
0 a 4 anos	325	(45,6)
5 anos ou mais	297	(41,6)
Morbidades autorreferidas		
Diabetes <i>melitus</i>	228	(31,7)
Problema cardíaco	196	(27,3)
Colesterol alto	302	(42,1)
Artrite e/ou reumatismo	197	(27,4)
Osteoporose	123	(17,1)
Classificação do IMC		
Baixo peso	11	(1,5)
Eutrófico	164	(23,1)
Sobrepeso	284	(39,9)
Obesidade	252	(35,4)
Autopercepção sobre estado de saúde		
Muito boa/Boa	311	43,4
Regular	310	43,3
Ruim/Muito Ruim	95	13,3

Os resultados da avaliação da QV relacionada à saúde e adesão medicamentosa estão dispostos na tabela 2. O grupo apresentou uma média geral de QV de 12,35, com melhor desempenho para o domínio de “Manifestações somáticas”. Sobre a adesão medicamentosa, aproximadamente metade do grupo caracterizou por média ou baixa adesão.

Tabela 2. Domínios da Qualidade de Vida (QV) e Classificação da adesão ao tratamento em pessoas hipertensas no norte de Minas Gerais, 2015.

Qualidade de vida (domínios)	n	Média	Desvio padrão	Mín	Máx
Estado mental	712	6,56	±4,50	0	21
Manifestações somáticas	718	5,26	±3,64	0	18
Minichal total	705	12,35	±7,54	0	41
Questão independente:					
“Você diria que sua hipertensão e o tratamento desta tem afetado a qualidade de vida?”					
				(n)	(%)
Não, absolutamente				480	(67,1)
Sim, um pouco				95	(13,3)
Sim, bastante				132	(18,5)
Sim, muito				8	(1,1)
Classificação quanto à adesão medicamentosa					
				(n)	(%)
Alto grau de adesão				373	(51,9)
Média adesão				249	(34,7)
Baixa adesão				96	(13,4)

Na análise de correlação, registrou-se uma correlação inversa entre as variáveis adesão medicamentosa e qualidade de vida, mas os testes apontam que essa correlação foi de fraca magnitude, conforme tabela 3.

Tabela 3. Correlação de *Spearman (Rho)* entre Qualidade de Vida (Minichal-Brasil) e Adesão medicamentosa para pessoas hipertensas no norte de Minas Gerais, 2015.

Variável	<i>Rho</i>	<i>p-valor</i>
Estado mental	- 0,108*	0,004
Manifestações somáticas	- 0,126*	0,001
Autopercepção da qualidade de vida	- 0,120*	0,001
Minichal total	- 0,130*	0,001

Legenda: Correlação de *Spearman (Rho)*; \* Força do coeficiente de correlação fraca.

## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram correlação inversa, estatisticamente significativa, entre qualidade de vida e adesão medicamentosa em pessoas que vivem com a hipertensão arterial sistêmica, mas esta correlação mostrou-se de fraca magnitude. As correlações mais altas foram observadas no domínio Manifestações Somáticas e na avaliação total da qualidade de vida segundo o instrumento Minichal Brasil. Uma correlação inversa significa que maior adesão (maiores escores na escala Morisky) equivale a melhor qualidade de vida (menores escores da escala Minichal Brasil). A magnitude da correlação retrata seu caráter matemático, que é mais próxima de zero, e, portanto, considerada fraca.

A literatura registra uma situação conflituosa sobre a relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre pessoas que vivem com a hipertensão. Estudo transversal aponta a existência de relação <sup>(17)</sup>, mas outros relatam não existir esta relação. <sup>(18-20)</sup>

Para a correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa, todos os estudos identificados utilizaram para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde o questionário de WHOQOL, instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde <sup>(17-20)</sup>. Para avaliação da adesão medicamentosa, no estudo de Holt et al (2010) <sup>(17)</sup> e de Cotê, Farris, Feeny (2003) <sup>(18)</sup> foi utilizada a escala de Morisky, muito embora para avaliar a associação da qualidade de vida tenham utilizado o WHOQOL.

Os outros estudos identificados que avaliaram a correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa em hipertensos <sup>(19, 20)</sup> utilizaram o Instrumento para Avaliação da Adesão ao Tratamento (DAI -10). Trata-se de um questionário composto por dez questões que avaliam aspectos comportamentais em relação aos cuidados com a HAS, além do próprio controle pressórico. <sup>(19)</sup>

Neste sentido, ressalta-se o fato de que não foram identificados estudos que utilizaram instrumentos de avaliação da qualidade de vida e adesão medicamentosa específicos para pessoas que vivem com a HAS com análise de relação entre estas variáveis, como os usados no presente estudo, o que impede a confrontação de resultados com estudos de delineamento

semelhante. Embora não haja nenhum padrão-ouro para a avaliação da adesão medicamentosa e qualidade de vida é aconselhável a utilização de instrumentos específicos. <sup>(20)</sup>

Outros estudos que avaliam a relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa em portadores de doença crônica identificaram fatores influenciadores como as crenças dos pacientes (auto eficácia), suas atitudes e conhecimentos sobre o tratamento da doença (literácia ou alfabetização em saúde) e o apoio dos profissionais de saúde para maior empoderamento. <sup>(21-23)</sup> No presente estudo, não foram investigados os fatores associados à maior adesão, mas é possível que, em consonância com a literatura, o apoio dos profissionais de saúde também seja um aspecto relevante.

Em um estudo transversal realizado no sudeste de Louisiana, Estados Unidos da América, com população de hipertensos acima de 65 anos foi identificada associação entre a baixa qualidade de vida e a baixa adesão a anti-hipertensivo, sendo relacionados a vários motivos, entre eles o bem-estar psicossocial. Contudo, segundo conclusões do estudo, o mecanismo exato através do qual a qualidade de vida está associada à adesão medicamentosa parte de uma complexa rede de características psicossociais que podem impactar negativamente a capacidade do paciente para gerir a sua doença crônica. <sup>(17)</sup>

É relevante destacar que o grupo estudado mostrou-se representativo de pessoas idosas (média de idade igual a 62,5 anos), o que vai de encontro a valorização da qualidade de vida em portadores de doenças crônicas, especialmente pelo fato da crescente longevidade nestes indivíduos. <sup>(24)</sup>

A adequada abordagem do paciente hipertenso deve avaliar as características de cada indivíduo, levando em conta não somente os níveis pressóricos, como também as implicações da doença e seu tratamento na vida (e na qualidade de vida) de cada indivíduo. Estas orientações são baseadas no fato de que somente uma pequena fração da população hipertensa tem apenas níveis pressóricos elevados, sendo que a grande maioria exhibe fatores de risco adicionais, como a dislipidemia, o tabagismo, o diabetes, etc. <sup>(6)</sup> O agrupamento de fatores de risco cardiovascular no hipertenso é muito frequente, sendo que 80% destes pacientes têm uma ou mais condições associadas. Na combinação de HAS com estes fatores, o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares é maior do que a soma destes fatores individuais. <sup>(6, 20)</sup>

Importante ressaltar que além do tratamento medicamentoso, as pessoas que vivem com a hipertensão devem aderir também a um estilo de vida com hábitos que incluem controle do peso, alimentação com restrição de sal, interrupção do tabagismo e prática de atividade física. <sup>(25)</sup> Os dados deste estudo apontam que grande parcela do grupo é adepta a tais hábitos, contudo um número grande de indivíduos apresenta-se com IMC acima do recomendado.

A fraca correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa reforça a ideia de que qualidade de vida está relacionada a uma série de fatores e não pode estar limitada apenas a adesão medicamentosa <sup>(20)</sup>. Embora outras variáveis não tenham sido analisadas neste estudo, a população avaliada, restrita ao contexto das UBS, em uma região de baixos indicadores socioeconômicos, destaca a relevância do estudo e reforça o papel dos profissionais de saúde da ESF para assegurar maior adesão terapêutica e melhor qualidade de vida para a população assistida.

O presente estudo deve ser considerado à luz de algumas limitações. Uma delas está relacionada ao fato dos dados serem autorrelatados, considerando-se que existe o desejo social de exemplo imposto a população idosa, mais prevalente na amostra. A elevada proporção de pessoas aderentes à terapia anti-hipertensiva pode ser resultado de respostas que não traduzem a realidade dos fatos. No presente estudo também não foram aferidos os níveis pressóricos e averiguada a adesão às medidas não terapêuticas de controle da hipertensão, o que poderia reforçar os dados da escala de adesão utilizada.

## **Conclusão**

A correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa mostrou-se inversa e estatisticamente significativa, destacando que a maior adesão implica melhor qualidade de vida, mas tal associação apresentou-se de fraca magnitude. São necessários novos estudos, com abordagens que permitam a identificação dos fatores associados à maior adesão terapêutica, e, dessa forma, auxiliem os profissionais de saúde nas suas atividades de promoção da saúde e de melhor qualidade de vida.

## Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG (CDS - APQ-00729-13).

## Colaborações

Maciel APF participou da concepção do projeto, análise, interpretação, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. Pimenta, HB e Caldeira AP participaram da concepção do projeto, análise, interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final.

## Referências

1. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2013; 6 (supl. 2): 1-63.
2. Chobanian AV. The Hypertension Paradox — More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. N Engl J Med 2009; 361: 878-87.
3. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1):31-35.
4. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6):672-678.
5. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. Cad. Saúde Pública. 2013; 29( 1 ): 62-72.
6. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51.
7. Martins LC et al .Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. Rev. Bras.Hipert 2008; 15(1).
8. Gomes e Martins A, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. Acta paul. enferm. ; 27( 3 ): 266-272.

9. Duarte-Silva D, Figueiras A, Herdeiro MT, Teixeira Rodrigues A, Silva Branco F, Polónia J, et al. PERSYVE - Design and validation of a questionnaire about adverse effects of antihypertensive drugs. *Pharm Pract (Granada)*. 2014 Apr;12(2):396.
10. Chin YR, Lee IS, Lee HY. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014; 8(4):267-73.
11. Zhu X, Wong FK, Wu LH. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model in a community: a pilot randomized controlled trial. *Int J Clin Exp Med*. 2014;7(11):4369-77.
12. Carvalho MAN et al . Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq. Bras. Cardiol* 2012, 5(98).
13. Melchior Ana Carolina, Correr Cassyano Januário, Pontarolo Roberto, Santos Felipe de Oliveira de Souza, Souza Rodrigo Augusto de Paula e. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 Oct 02] ; 94( 3 ): 357-364.
14. Soutello Ana Lúcia Soares, Rodrigues Roberta Cunha Matheus, Jannuzzi Fernanda Freire, São-João Thaís Moreira, Martinix Gabriela Giordano, Nadruz Jr. Wilson et al . Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial: Validade de Grupos Conhecidos do MINICHAL. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 Oct 02] ; 104( 4 ): 299-307.
15. Morisky DE, Green LW, Levine MA. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-74.
16. Ferreira, MCS; Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento de Morisky de adesão a medicação para pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2006; 16: 116-116.
17. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age Ageing*. 2010; 39:481-7.
18. Cotê I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Qual Life Res*. 2003; 12: 621–33.
19. Hanus Juliét Silveira, Simões Priscyla Waleska, Amboni Graziela, Ceretta Luciane Bisognin, Tuon Lisiane Generoso Bitencort. Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. *Acta paul. enferm*. 2015 ; 28( 4 ): 381-387.
20. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad GA, Atif M, ul Haq N, et al. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012; 30;12:318.
21. Jannuzzi FF, Cintra FA, Rodrigues RCM, São-João TM, Gallani MCBJ. Adesão medicamentosa e qualidade de vida em idosos com retinopatia diabética. *Rev Latino-Am. Enf*. 2014;22(6):902-10.



22. Lourenço LB, Rodrigues RC, Ciol MA, São-João TM, Cornélio ME, Dantas RA et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1616-28.
23. Williams GC, Patrick H, Niemiec CP et al. Reducing the health risks of diabetes: how self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *Diabetes Educ* 2009; 35: 484–92.
24. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med* 2009; 7(5).
25. Wal P, Wal A, Bhandari A, Pandey U, Rai AK. Pharmacist involvement in the patient care improves outcome in hypertension patients. *J Res Pharm Pract*. 2013;2(3):123-9.

## 5 CONCLUSÕES

O estudo revelou uma elevada prevalência de comportamentos e fatores de risco cardiovascular em hipertensos assistidos pelas equipes da ESF no município estudado. Trata-se de uma situação preocupante, considerando que tais comportamentos e fatores se somam ao fato de que todas as pessoas avaliadas já são hipertensas e, portanto, já possuem um risco importante de apresentarem um desfecho cardiovascular indesejável.

A correlação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa mostrou-se inversa e estatisticamente significativa, destacando que a maior adesão implica melhor qualidade de vida, mas tal associação apresentou-se de fraca magnitude. Neste sentido, destaca-se a necessidade de novos estudos, com abordagens que permitam a identificação dos fatores associados à maior adesão terapêutica, e, dessa forma, auxiliem os profissionais de saúde nas suas atividades de promoção da saúde e de melhor qualidade de vida.

A intervenção proposta mostrou-se eficaz no sentido de aumentar a adesão medicamentosa dos pacientes assistidos pelas equipes capacitadas. Contudo, não representou mudanças significativas nos hábitos de vida relacionados à comportamentos prejudiciais aos hipertensos e que podem impactar sobre o risco cardiovascular.

A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber a ainda fragilidade de assistência no que tange ao cuidado do Risco Cardiovascular já que nota-se a prestação de uma assistência fragmentada, com ausência da figura de um Coordenador do Cuidado, entendendo o seu papel como de notória importância na Gestão do Risco Cardiovascular. Considera-se, contudo, que as atividades de educação em saúde (oficinas) sensibilizaram os profissionais de saúde para maior atenção ao assunto, contribuindo ainda para ampliar o conhecimento desses.

## REFERÊNCIAS

1. Buttler D. Un targets top killers. Nature. 2011;477:260-1. Disponível em: <http://www.nature.com/news/2011/110914/full/477260a.html>
2. Diretrizes. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2013; 6 (supl. 2): 1-63.
3. DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1):1-51.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet 2011;6736(11):61-74.
5. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arq Bras Cardiol 2010; 95(4): 502-9.
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1):31-5.
7. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6):672-8.
8. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol. Serv Saúde 2006; 15(1): 35-45.
9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. 3. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
10. Jardim PC, Gondim MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WT, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. Arq Bras Cardiol 2007; 88 (4): 452-7.
11. Chobanian AV. The Hypertension Paradox — More uncontrolled disease despite improved therapy. N Engl J Med 2009; 361:878-87.
12. Berlowitz DR, Ash A, Hickey EC, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. N Engl J Med 1998;339:1957-63.

13. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.
14. Tocci G, Valenti V, Sciarretta S, Volpe M. Multivariate risk assessment and risk score cards in hypertension. *Vasc Health and Risk Manag* 2007; 3(3):313-20.
15. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto contexto enferm* 2008; 17(2): 241-9.
16. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol* 2013; 100(2): 164-74.
17. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
18. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569–85.
19. Carvalho MAN, Silva IBS, Ramos SBP, Coelho LF, Gonçalves ID, Figueiredo NJA. Qualidade de Vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. *Arq. Bras. Cardiol* 2012; 98(5): 442-51.
20. Kaplan RM. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health - care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 1995;3-30.
21. Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B. Management of hypertension: summary of NICE guidance. Guideline Development Group. *BMJ* 2011; 343:d4891.
22. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. 2003; 1-209.
23. Horne R. Compliance, Adherence, and Concordance. *Chest* 2006;130(1 suppl):65S-72S.
24. Law MR. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: 1-19.

25. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P, Urquhart J, Burnier M. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008; 336:1114.
26. Martins LC et al. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. *Rev Bras.Hipert* 2008; 15(1): 28-33.
27. Silva S, Silvana BE, Colosimo FC, Pierin AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):488-96.
28. Jorstad HT, Von BC, Alings AM, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the response randomised trial. *Heart*. 2013;99(19):1421-30.
29. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc saúde coletiva*; 19(3): 847-52.
30. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde soc* 2007;16(1): 57-68.
31. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Esc Anna Nery* 2007; 11(1): 52-7.
32. Moura AA, Nogueira MS. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. *J Manag Prim Health Care* 2013; 4(1):36-41.
33. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta paul enferm* 2012; 25(spe1): 27-34.
34. Organização Mundial da Saúde – OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; 2003.
35. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2011; 27(2): 295-304.
36. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 5182(3).
37. Alves Junior CA. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

38. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 2007; 88(2): 218-24.
39. Morisky DE, Green LW, Levine MA. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-74.
40. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol*; 94( 3 ): 357-64.
41. Soutello ALS, Rodrigues RCM, Jannuzzi FF, São-João TM, Martinix GG, Nadruz Jr. W et al . Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial: Validade de Grupos Conhecidos do MINICHAL. *Arq Bras Cardiol* 2015; 104( 4 ): 299-307.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES  
NA INTERNET

Na qualidade de autora da obra intelectual abaixo identificada, aqui denominada simplesmente OBRA, autorizo o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde a reproduzi-la e publicá-la podendo a OBRA ser acessada através rede mundial de computadores (WWW – Internet), sendo permitida exclusivamente a consulta bem como a reprodução, a título gratuito, de um exemplar da OBRA para uso próprio de quem a consulta para fins acadêmicos e científicos.

Natureza da OBRA

Dissertação de Mestrado

Tese de Doutorado

Título da OBRA:

Gestão do cuidado de pacientes hipertensos: uma abordagem com ênfase no risco cardiovascular

AUTORA:

Nome completo: Ana Paula Ferreira Maciel

Endereço completo: Rua José Maria Câmara, 85 – Canelas 1- Montes Claros -MG

Telefone: (38) 8408-7991

Identidade: MG-11.549.520

CPF: 055.109.096-09

A autorização de publicação aqui concedida não tem limitação de tempo, podendo a OBRA ser publicada nas condições acima mencionadas até o momento em que, na qualidade de AUTOR(A), solicite expressamente a sua retirada da rede mundial de computadores (WWW – Internet).

Montes Claros, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do AUTOR(A)